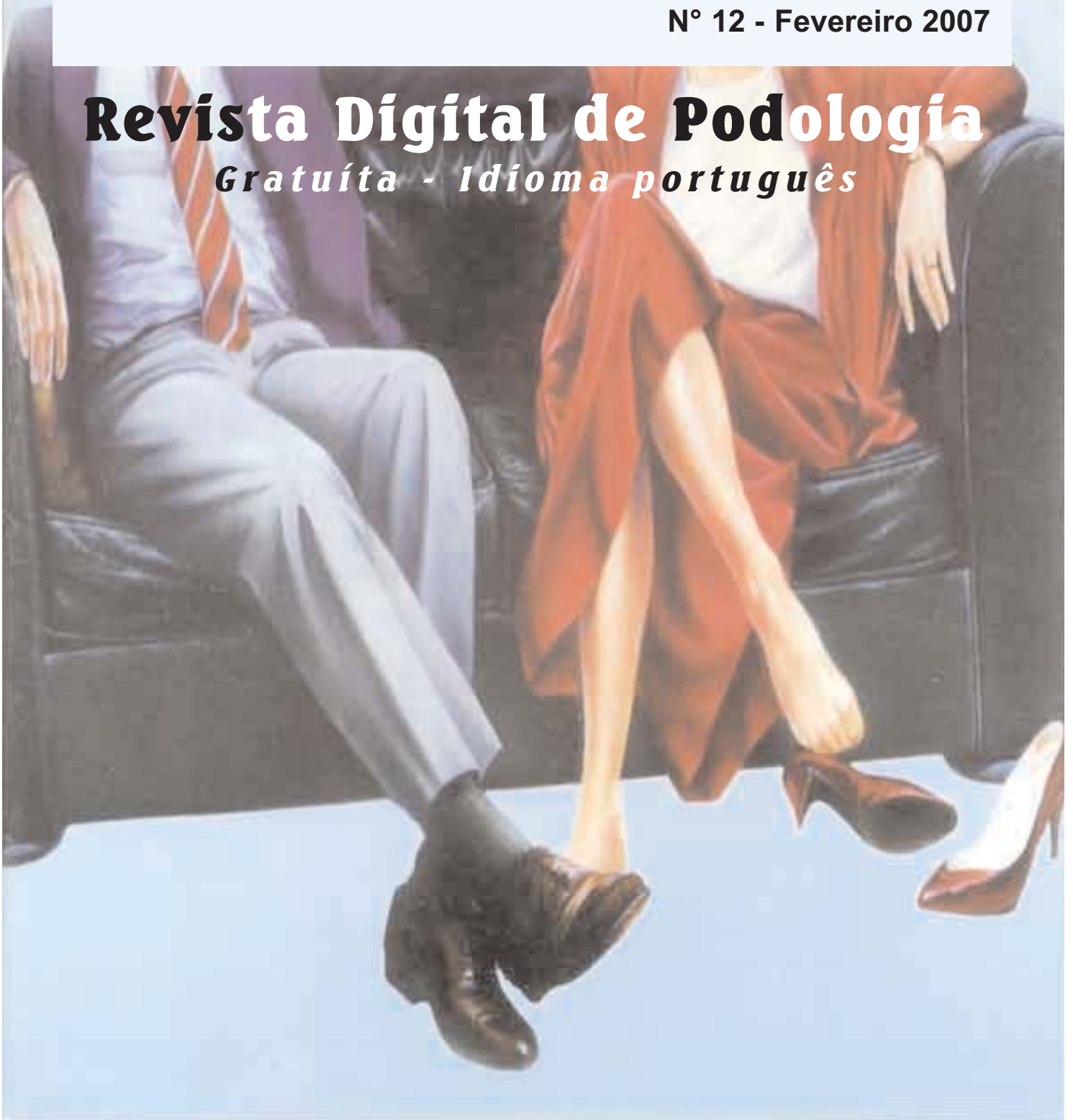


revistapodologia .com

Nº 12 - Fevereiro 2007

Revista Digital de Podologia

Gratuita - Idioma português

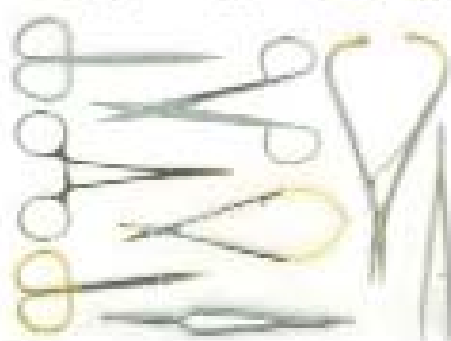




Instrumentais podológicos finos e produtos inovadores para o ramo da saúde dos pés, para fazer intervenções mais simples e eficazes.
 Telfax: (455-11) 3906-0273 / 3909-7519 - São Paulo - Brasil



Inst. p/ Manicures



Tesouras, maíãs, castrojejo, pinças, etc.

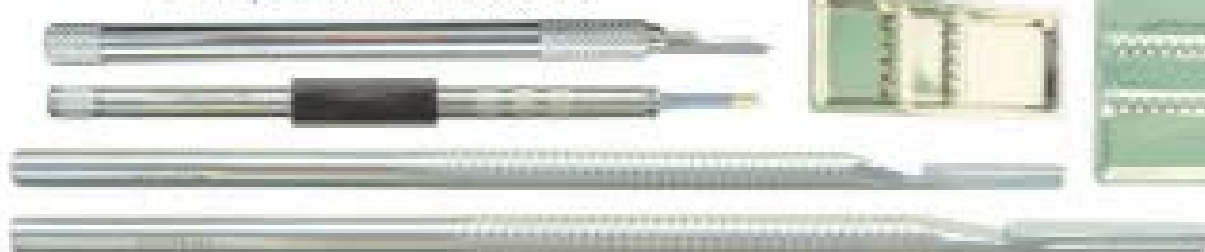


Dapon Inox



Bandejas Inox

Cabos para lâminas descartáveis



Estamos cadastrando distribuidores. Telfax: (455-11) 3906-0273 / 3909-7519 - thimon@uol.com.br

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 12
Fevereiro 2007

Diretora científica
Podóloga Márcia Nogueira

Diretor comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores desta edição

Dr. Fernando Vázquez Abrego. **México.**
Podólogo Jorge García Moreno. **Argentina.**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 23.

Capa: capa da Revista Podologia
Argentina n° 4 - Novembro de 1996.

ÍNDICE

Pag.

4 - Osteotomia descompressiva do calcâneo. Nova
técnica do Dr. Vázquez.

7 - O desenvolvimento do pé. Parte I.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Novo tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - Brasil.
www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

La Editorial no asume ninguna responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios que integran la presente edición, no solamente por el texto o expresiones de los mismos, sino también por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios publicitados. Las ideas y/u opiniones vertidas en las colaboraciones firmadas no reflejan necesariamente la opinión de la dirección, que son exclusiva responsabilidad de los autores y que se extiende a cualquier imagen (fotos, gráficos, esquemas, tablas, radiografías, etc.) que de cualquier tipo ilustre las mismas, aún cuando se indique la fuente de origen. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.

Osteotomia Descompressiva do Calcâneo. Nova Técnica do Dr. Vázquez.

Dr Fernando Vázquez Abrego. México.

A dor do talão é um dos principais padecimentos que se vem diariamente na consulta podológica.

O diagnóstico adequado é a pauta para o êxito do tratamento.

Segundo motivo da consulta por dor em podologia depois das metatarsalgias.

A região do talão compreende o calcâneo, as zonas posteriores e plantares das inserções ligamentosas e tendinosas, sinovias, assim como os pacotes neurovasculares que o rodeiam.

Ademais da sua função hematopoiética.

Esporões calcâneos

Os esporões calcâneos acompanham geralmente a fascitis plantar, mas não são uma consequência da dor.

Não tem estudos claros que demonstrem a relação entre esporões calcâneos e fascitis plantares.

Os esporões calcâneos se encontram com frequência na população assintomática (10 - 30% dos casos).

A atrofia do pâncreo adiposo pode ser consequência de uma infiltração subdérmica de corticóides. Em esse caso os esporões calcâneos podem ser sintomáticos.

Os esporões calcâneos se podem fraturar como consequência de um traumatismo direto do talão.

Os esporões calcâneos se observam geralmente mais em populações de obesos; este feito da consistência á teoria segundo a qual aqueles guardam relação com uma tração ao nível da entesis.

Os esporões calcâneos podem formar parte de uma doença sistêmica (espondilites anquilosante).

Diagnóstico diferencial

Deve-se descartar igualmente a hiperpressão endocalcânea de:

- Dor do talão.
- Síndrome de dor plantar do talão.
- Compressão do nervo.
- Bursites subcalcânea.
- Fascites plantar.
- Lesão óssea.

O esporão não causa dor, na maioria dos casos e a pronação na caminhada a que produz uma inflamação dos tecidos brandos, entre eles a fascia plantar.

A técnica para a descompressão do calcâneo minha é a seguinte:

Material

Uma agulha não traumática das que usamos em urgências para carregar rápido medicamentos e que não se usa para injetar (Blunt Fill Needle de um calibre 18G de 1.2mm de diâmetro e 40mm de largo), Isodine espuma ou solução para assepsia, bloqueio anestésico com xylocaína simples, uma ou duas seringas de 20cc. E um martelo ortopédico. (fig. 1)





Fig 2



Fig 6



Fig 3



Fig 4



Fig 5

Se realiza o bloqueio anestésico da região da maneira usual com xylocaína simples ou anestésico de sua eleição para lograr anestésiar corretamente a região lateral do calcâneo ao tratar.(fig. 2)

Com isodine espuma ou solução se realiza a assepsia da região. (fig. 3)

Se coloca a agulha de Vazquez em um ponto anatômico aproximadamente a dois centímetros do maléolo externo colocando a agulha no centro lateral do calcâneo.

Procede-se a introduzir a agulha com pequenos golpes com o martelo ortopédico quando se sente uma pequena resistência que sede e permite a entrada da agulha permitindo que penetre um pouco mais da metade de esta e aparecera quase imediatamente uma gota de sangue que é a indicação de que estamos na medula óssea do calcâneo. (fig. 4)

Se coloca imediatamente a seringa de 20cc e se começa a extrair o sangue acumulado que pode ser desde 1,5cc a 7cc. (fig. 5)

Quando temos o sangue suficiente e já não sai mais à extração, se retira a seringa com a agulha em um movimento de extração, se realiza a limpeza do ponto de infiltração com álcool se coloca um antibiótico tópico se coloca uma gaze e micropore.

Se lhe recomenda antibiótico oral por 7 dias, um analgésico menor por razoes necessárias do procedimento e não fazer exercício brusco por duas semanas.

Os resultados são imediatos e em nossa casuística o 90% dos pacientes obtém quita total da dor, e 5% tem melhoria notória e a realização de uma segunda intervenção os melhora em 100% e o 5% restante melhora muito pouco.

A sangria pode ser em um ou nos dois calcâneos á vez, como se mostra em essas imagens onde se retirarão 5cc de cada calcâneo ficando esta paciente de alta asintomática. (fig. 6)



Decompression Osteotomy - Calcaneus

Procedure #37

Fig A



Fig B



Complicações

Em ocasiões os pacientes tem uma baixa mínima da pressão depois do procedimento pelo que ao terminar devemos deixar-los em repouso por 5 minutos e vigiar os primeiros passos para evitar um acidente. (fig. 7)

Posso concluir dizendo que meu procedimento e 100% mais seguro que a osteotomia descompressiva (Fig. A) com orifícios no calcâneo, com menos riscos de infecção e, o que é muito importante, de fraturas

por colapso do calcâneo e com resultados clínicos de quita da dor em mais de 90% dos casos.



EL ESTETICISTA



elesteticista@suavepie.com



Aductor
Nocturno



Pedígrafo



Gel Polimérico



Arandelas y Parches



Moleskin



Alicates



Compensador
Estadina



Cosmética Pédica



Soportes de
Cuero



Descargas y
Complementos

Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos

Para Comercio Exterior haga su consulta en suavepie@suavepie.com

O Desenvolvimento do Pé. Parte I.

Podólogo Jorge García Moreno. Argentina.

DESENVOLVIMENTO INTRA-UTERINO

Os esboços do membro dos quais se originam as extremidades superior e inferior derivam do mesodermo. E aparecem na quarta semana da vida fetal. Até a sexta semana se segmentam distintamente em partes proximais intermédias e distais e os dedos aparecem para a sétima semana. Na nona semana se reconhece claramente a coxa, perna e pé.

Ulteriormente, o crescimento dos membros inferiores é relativamente lento em comparação com a cabeça e porções superiores do organismo, que são de mais imediata importância para a super vivência depois do nascimento. As extremidades inferiores permanecem flexionadas agudamente no âmbito das cadeiras e joelhos, e os pés estão marcadamente invertidos sobre as pernas.

Para o sétimo mês, o crescimento ósseo é mais rápido sobre o lado tibial e produz uma eversão gradual, até que ao nascer o pé tem assumido mais aproximadamente sua alinhamento normal com referência a perna. Ainda que persistindo no resto na sua posição de inversão.

O arco esquelético do pé está claramente presente desde o sétimo mês, mas está mascarado no momento de nascer e por algum tempo depois pelos acolchoados plantares de tecido adiposo que ocultam o arco e dão uma aparência de aplanamento dos pés.

Ao nascer estão presentes os centros de ossificação no calcâneo, astrágalo, cubóides, metatarsianos e falanges, mas sua estrutura e ainda predominantemente cartilaginosa e assim resulta facilmente deformável; inversamente, as deformações são relativamente fáceis de corrigir em esta época.

ESQUEMAS DAS ÉPOCAS DE OSSIFICAÇÃO

A ordem de aparição dos centros de ossificação no pé das crianças mostram alguma variação individual, mas em geral apresentam a seguinte seqüência:

No momento de nascer estão presentes

- A diáfises e o centro secundário da epífises superior da tíbia.
- A diáfises do perônio.
- O corpo do calcâneo.
- O astrágalo.

- O cubóides.
- As diáfises dos metatarsianos e falanges.

Durante o primeiro ano: aparece o cuneiforme externo.

Durante o segundo ano: aparecem as epífises inferiores da tíbia e o perônio.

Durante o terceiro ano: aparecem a cunha interna e o centro secundário para a base do primeiro metatarsiano.

Durante o quarto ano: aparecem a cunha média, a escafóides, e os centros secundários da epífises superior do perônio e das cabeças dos metatarsianos externos.

Os centros secundários para as bases das falanges aparecem até o sexto ano e o da epífises posterior do calcâneo até o décimo ano.

A fusão entre os centros primários e secundários se produzem do seguinte modo:

O calcâneo: até o ano décimo quinto.

A tíbia: a epífises inferior até os dezoito e a superior aos vinte anos.

O perônio: epífises inferior aos vinte e superior aos vinte e cinco anos.

Os metatarsianos: entre os dezoito e os vinte anos.

As falanges: aos dezoito anos.

Ocasionalmente aparece um centro separado para a cabeça do primeiro metatarsiano durante o terceiro ano, e se funde entre os dezessete e dezoito, anos. Similarmente, pode aparecer um centro separado para a base do quinto metatarsiano durante o quarto ano, e se funde entre os dezessete e dezoito anos.

DEFORMAÇÕES CONGÊNITAS

As deformações congênicas mais comuns que se evidenciam no momento do nascer são os pés Bot, particularmente os varo-equino-supinados; Os pés planos congênicos; polidactilia; e sindactilia o pé plano congênito deve ser distinguido do aplanamento aparente normal que se percebe ao nascer, estando a diferença essencial em que estes casos o arco esquelético está marcadamente plano ou incluso discretamente convexo devido a uma posição anormalmente do astrágalo.

Todas estas deformações congênicas principais requerem um tratamento ortopédico precoce.

As deformações menores dos dedos, tais como

os dedos em martelo, e as contrações obliquas são passíveis de correção mediante a persistência na realização de almofadinhas e vendagens corretoras.

ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO

Os graus menores de formação de anomalias podem passar despercebidos até que se produzem sintomas, já seja quando a criança começa a deambular ou posteriormente. Deve-se a pequenas anomalias no desenvolvimento da estrutura óssea, e representam variações sob a estrutura normal ou termo meio.

Freqüentemente parecem ter um caráter familiar ou hereditário e são inevitáveis, mas se tomamos precauções logo pode fazer-se bastante para mitigar ou compensar seus efeitos. São especialmente importantes como fonte de muitas alterações em anos seguintes.

1- Primeiro metatarsiano curto

Usualmente, esta alteração não se faz aparente até a adolescência ou a idade adulta quando se faz notar pelo desenvolvimento de sintomas originados da consequência de seus efeitos secundários.

Na grande maioria dos pés a cabeça do primeiro metatarsiano esta apenas ligeiramente, senão do todo, por traz do nível da cabeça do segundo, estando ambas aproximadamente equidistantes do ponto médio do dorso do calcanhar.

Se o primeiro metatarsiano e anormalmente curto, sua cabeça se encontra por traz do nível da segunda, que falha em sua missão de suportar sua devida carga de suporte do peso do corpo.

O pé fica assim estruturalmente instável, já que em maior ou menor extensão esta desprovido do principal elemento do suporte do peso do corpo no seu pilar anterior. Disto podem deduzir-se varias consequências. A cabeça do primeiro metatarsiano, somente pode reassumir sua função de sustento da carga se permite-se ao pé que gire para dentro em atitude de pronação durante a permanência em pé, ou se gira para fora em posição de abdução quando caminhamos. Em estas posições, porem, a borda interna do pé esta submetido a esforços anormais tanto ao caminhar como estando em pé.

Alternativamente, deve fazer-se um esforço consciente para estabilizar o pé pela flexão plantar do dedo gordo, e particularmente de sua falange proximal devido à contração do flexor curto do dedo gordo, de modo que a superfície

plantar de dito dedo assume a função de suportar o peso corporal que corresponde a cabeça do primeiro metatarsiano.

Isto produzirá uma rigidez funcional da primeira articulação metatarso-falângica o que eventualmente pode conduzir a alterações estruturais na cavidade articular e ao desenvolvimento final de osteoartrites dessa articulação (hallux rigidus ou hallux flexus).

Em alguns casos, pode obter-se a estabilização pela hiper-ação do extensor curto do dedo gordo, que põe em flexão dorsal a falange proximal e assim força para baixo a cabeça metatarsiana. A articulação inter-falângica e levada a flexão plantar. E sua cara dorsal fica exposta a pressão desde cima, devido a posição inclinada do dedo.

Em muitos casos de primeiro metatarsiano curto, a cabeça do segundo chega a ficar proporcionalmente sobrecarregada com a possibilidade de formação eventual de uma lomba ou rugosidade sobre a cara plantar da cabeça do segundo metatarsiano.

Qualquer que seja o outro tratamento requerido para os fatores secundários, o fator principal da terapia do primeiro metatarsiano e curto e compensa sua não adaptação como ponto de suporte do peso corporal, mediante uma almofadinha em forma de plataforma debaixo da cabeça do primeiro metatarsiano. Este, naturalmente se utilizara forma permanente, como uma palmilha.

2) Metatarso varo primo

Ainda que pode passar sem ser notado até muito mais tarde, já se manifesta na primeira infância. O primeiro e segundo metatarsianos são quase paralelos um ao outro com tão só uma angulação entre eles e o espaço entre suas cabeças e aproximadamente o mesmo que tem entre todas as cabeças metatarsiana.

No metatarso varo primo sem embargo, o primeiro metatarsiano esta inclinado para dentro, até a linha media do corpo, de modo que faz em um ângulo diferente respeito ao segundo metatarsiano com o consequente agrandamento da brecha entre suas respectivas cabeças. Em projeção dos metatarsianos e enquanto aparece mais separado que o comum de seus vizinhos, não se produzem efeitos perniciosos.

Porem, o uso cedo e continuado de elementos convencionais do calçado, força ao dedo gordo mais e mais a uma justaposição intima com seus vizinhos até que se desenvolve uma angulação entre o metatarsiano e o dedo.

A afecção se faz primeiro evidente de forma de um hallux valgus incipiente. Se bem o tratamen-

PODOLOGÍA BANEGAS



Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Director Podólogo
Carlos Alberto Banegas

**NUEVO CENTRO DE ENSEÑANZA
CON IMPORTANTE SALÓN DE VENTAS**

CURSOS ACTUALIZADOS - TÉCNICAS EXCLUSIVAS

CURSOS

Terapeutica Podológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
- *Disertación con videos.*
- Diagnóstico y prevención.
 - Onicocriptosis.
 - Acriliterapia general.
- Tratamientos en general.
 - Onicomiosis:
tratamiento estético con **Poltac**.
- Manejo de instrumental.

Podologia Diabetológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Es un programa para comenzar a formar a los podólogos como futuros educadores diabetológicos y despertar en ellos la motivación a la investigación y conocimiento permanente sobre esta patología tan importante. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, prevenir y derivar a tiempo.

Pododiagnostico Presuntivo

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Como abordar la detección temprana de los 12 estadios patológicos más importantes a través de las manifestaciones en los pies.
Saber reconocer cuando las uñas tienen impresas las alteraciones que sufre el cuerpo.



Elaboración de ortesis plantares



NUEVO CURSO

Título de Asistente Podológico - Inicio: Abril
- Duración 7 meses - Vacantes limitadas.

SEMINARIOS

El podólogo como educador de la salud.
- REIKI.

INPOAR - Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Av. Rivadavia 6380 - 1º Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.
Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: inpoar@gmail.com - inpoar@hotmail.com

to operatório poderá resultar finalmente necessário para a correção total da anomalia, uma firme faixa siliconada metatarsiano combinado com uma faixa a tensão para corrigir a alinhamento do primeiro metatarsiano e do dedo gordo e de grande valor para controlar a afecção e evitar seu mau desenvolvimento.

Tal tratamento, para ser efetivo, se realizara de modo freqüente e prolongado e pode modificar-se ocasionalmente usando gel de silicone e outros elementos afins.

3) Primeiro metatarsiano atávico

Em esta afecção tem uma combinação de encurtamento e inclinação em varo do primeiro metatarsiano, originando uma combinação de seus efeitos nocivos, requerendo assim tratamento; tal que incorpore os princípios essenciais da terapêutica das alterações.

4) Sinostoses do tarso

Durante as ultimas etapas da ossificação dos ossos do tarso. Pode produzir-se fusão entre o calcâneo e o escafóides, ou entre o calcâneo e o astrágalo. Elimina-se assim o movimento entre as articulações mediotarsiana e subastragalina respectivamente, e os pés são mantidos rigidamente evertidos.

5) Ossos supranumerários

Podem ocorrer varias anomalias da ossificação, dando lugar a ossos supranumerários, dos quais os mais importantes são:

A. Ossificação tibial externo: que se desenvolve como uma tuberosidade separada sobre a cara interna do escafóides. Pode ser suficientemente proeminente como para sofrer irritação causada pelo calçado, mas somente tem significação se recebe uma inserção anormal do tendão do tibial posterior.

B. Ossificação vesaliana: um centro separado de ossificação ao nível da base do quinto metatarsiano. Ocasionalmente se faz ai o assento de uma osteocondrites.

INFÂNCIA

No momento do nascer o pé parece plano devido à presença de pacotes adiposos plantares situados de baixo do arco plantar, que são absorvidos lentamente. O crescimento do membro inferior e rápido durante o primeiro ano de vida e devem evitar-se as restrições originadas pelo uso do calçado e pelo peso das roupas da cama. O desenvolvimento muscular e ajudado

permitindo a movimentação.

A maioria das crianças começam a engatinhar aos 9 ou 10 meses de idade, ao por de pé aos 12 meses, e ao caminhar entre os 14 e 18 meses. Como o esqueleto ainda e predominante cartilaginoso, resulta importante que este processo não seja apesado mais alem da capacidade da criança.

A posição normal da criança de pé e com os pés bem separados, algo girados para dentro, e o passo lento e deliberado. Ao melhorar o equilíbrio e a coordenação nervosa, os pés são mantidos mais retos e não tão separados, enquanto que a marcha melhora rapidamente com a pratica.

Nesta época e importante insistir em períodos de repouso adequado durante o dia assim como que durma bem de noite. E que não se lhe permita a criança permanecer sobre seus pés demasiado tempo cada vez. Os brinquedos tais como triciclos favorecem o desenvolvimento paralelo de ambos membros e os liberam do suporte do peso do corpo, devem ser preferidos a outros tais como os de tração elétrica.

As proporções do pé infantil diferem das do adulto, estando o tarso mais avançado em seu desenvolvimento que o ante pé, sendo o pé em conjunto curto, largo e de forma triangular. Dentro do normal, tem uma variação considerável do tipo constitucional, como com o individuo em conjunto, desde o tipo do pé curto, largo, compacto, ao longo, delgado e móvel. Este ultimo e mais suscetível de desenvolver perturbações que e primeiro.

As anomalias menores de postura e caminhada desta época, geralmente tendem a corrigir-se por si mesmas a medida que se acrescentam a coordenação e o desenvolvimento, mas se persistem mais para lá do terceiro ano de vida, geralmente requer que se lhes investigue e se trate.

SEGUNDA INFÂNCIA

O pé da criança e particularmente vulnerável as alterações precoces durante o período de dois a três anos antes do começo da vida escolar especialmente se existe alguma anomalia de estrutura.

O calçado pode chegar a resultar inadequado antes de ter-se descartado, podendo desenvolver-se em consequência, hábitos defeituosos de postura e de marcha.

As atividades da criança serão controladas cuidadosamente para assegurar períodos de repouso regulares e o calçado será descartado tão pronto não concorde com o crescimento do pé tem sido ou não gastado.

Durante a idade escolar, podem ocorrer varias

formas de osteocondrites no pé. Esta afecção se caracteriza por perturbações do processo normal de ossificação, mais freqüentemente a nível dos centros secundários. Acredita-se que é causado por alterações do aporte vascular do osso, originadas baixo a influencia de traumas locais.

Em estes casos a ossificação se realiza irregularmente produzindo um enfraquecimento do osso com pequenas zonas de escleroses em seu interior. Pode produzir-se por ele uma deformação óssea e persistir ainda depois da ulterior regeneração da estrutura ou seja, que ocorre espontaneamente.

A afecção é mais comum em homens que em mulheres, e dá lugar à dor, limitação de movimentos e manquejar. O exame radiográfico revela zonas de rarefação misturadas com focos de escleroses.

Os ossos mais freqüentes afetados são o calcâneo (1), o escafóides (2), e a cabeça do segundo metatarsiano (3).

(1) Estudos realizados por Sever. (2) Estudos realizados por Kohler. (3) Estudos realizados pelos doutores Kohler e Freiberg.

1. Epífises calcânea (doença de Server)

Ocorre mais comumente em homens entre os 9 e 14 anos e esta associada a pouco com uma proeminência indevida do calcanhar, como no pé

cavo, ou com laxitude do tendão de Aquiles. Agrava-se algumas vezes pelo uso de sapatos brandos sobre pavimentos duros.

2. Osteocondrites do escafóides (doença Kohler)

Ocorre mais comumente em crianças entre os 9 e 10 anos de idade.

3. Osteocondrites dos metatarsianos (doenças Kohler) (infração de Freiberg)

Afeta mais comumente a cabeça do segundo metatarsiano e ocasionalmente a cabeça do terceiro. É habitualmente mais comum em crianças que em homens e ocorre entre os 12 e os 15 anos de idade. O tipo de pé largo, delgado e móvel, aparece mais propenso a esta doença, possivelmente devido ao trauma adicional que se produz sobre as cabeças metatarsianas em este tipo de pé.

Não é possível um tratamento direto destas afeições, mas é necessário fazer repouso, proteção e imobilização para aliviar a dor e reduzir o risco da deformação residual. O calcanhar será protegido por calcanheiras de silicone. O escafóides pode ser protegido por uma faixa elástica ajustada e os metatarsianos como uma almofadinha plantar.

Se estas terapêuticas não são suficientes para

FISSURAS:

PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

O tratamento com HomeoPast além de preventivo, elimina asperezas e fissuras já existentes.



RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

O Legítimo Creme para Fissuras!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

Mantém os pés sempre lisinhos
Ideal no tratamento de fissuras (principalmente calcanhar). Hidrata a pele de regiões ressecadas, como cotovelos, mãos e pés.

Um descanso para os pés!



Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Nova Embalagem!



Loção Emoliente Hidratantes com Cera de Abelha e Silicone Gel Hidratante Calmante Creme para Fissuras Amolecedor de Cutículas Loção Hidratante c/ Mentol

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:



Novo Telefax:
(011) 6604-3030**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL



HomeoFeet

Protetor para hidratação

Novidade!

PONTOS DE VENDA PARA PROFISSIONAIS Belo Horizonte/MG: Podoplus (31) 3292-8507 Campinas/SP: CAP (19) 3237-5396 Campo Grande/MS: Prisma Cosméticos (67) 3384-2355
 Curitiba/PR: Casa Costa (41) 3016-1141 Florianópolis/SC: Wed (48) 3224-1626 Fortaleza/CE: SR Bastos (85) 3226-7492 Porto Alegre/RS: D&D (51) 3227-6767
 Rio de Janeiro/RJ: Podoplus (21) 2254-1394 Santo André/SP: Podoplus (11) 4972-3857 São Paulo/SP: Metalúrgica Freitas (11) 3672-2469 / Podoshopping (11) 5562-9053 / Podomel (11) 3106-3152

acalmar a dor, pode resultar adequada uma imobilização de gesso, particularmente em casos de osteocondrites do escafóides.

ADOLESCÊNCIA

A adolescência traz seu próprio perigo para o pé ainda em desenvolvimento. O crescimento continua ainda durante esta época ate quase um poço mais tarde em homens que em mulheres, e a ossificação não esta ainda completada.

As demandas vocacionais podem requerer esforços inadequados sobre os pés e os câmbios pela passagem dos dias escolares sedentários a outras atividades mais árduas podem ser demasiado abruptos, pelo que o pé desenvolve manifestações de fadiga, em esta época se evidencia as anomalias estruturais ate então não suspeitas, exteriorizando-se como fatores predisponentes na iniciação do processo.

O atrativo das crianças pelo calçado de moda em lugar das restrições do sapato escolar convencional, a pouco resulta irresistível, e isto continua sendo um serio e frutífero motivo de alterações.

O hallux valgus incipiente com engrossamento do ante pé e deformidade parece dos dedos mais pequenos, e comum, mais nas crianças que nos homens enquanto que os defeitos intrínsecos do pé predis põe a esta alteração, sua iniciação e indevidamente precipitada pelo uso do sapato curtos e pontiagudos, combinando a porte de tacos altos e grande desnível entre taco e planta o que predis põe ao deslizamento para adiante do pé dentro do sapato.

Por outra parte o hallux rigidus incipiente e mais comum em homens que em crianças e se vê com maior freqüência no tipo de pé longo e estreito que e naturalmente mais susceptível, usando um sapato mal adequado ao crescimento rápido em esta época pode fazer que os sapatos novos pronto resultem curtos, e os traumatismos podem ulteriormente ser devidos a excesso de indulgência e confiança nos esportes em que tem que dar pontapés em ambos sexos, os pés são suscetíveis de sofrer devido ao excesso de atividade, a pouco de natureza vocacional e isto pode produzir já seja uma forma aguda ou crônica de afecção, conduzindo a um pé fraco ou plano crônico.

A infecção crônica, como a devida as amídalas sépticas, podem produzir uma artrites tóxica secundaria das articulações subastragalina mediotarsiana induzindo a um espasmo protetor dos perônios que mantém ao pé em eversão rígida.

O termino "pé plano espástico ou espasmódi-

co", que se aplica usualmente a esta alteração e errôneo, já que não tem modificações na estrutura da arcada do pé.

Um tipo aparentemente similar, mas etiologicamente distinto de eversão rígida do pé é consequência de algumas das sinostoses mencionadas oportunamente.

ANATOMIA FUNCIONAL DO PE

O pé em ação realiza simultaneamente duas ações separadas. Primeiramente atua como uma base para transportar o peso do corpo e distribuí-lo ate o chão. Em segundo lugar atua como alavanca para fazer a propulsão do corpo para frente.

Uma atribuição do pé necessária para realizar estas funções e a capacidade de absorver as causas de "shock". A estrutura do pé e determinada por estes requisitos.

O PÉ COMO UMA BASE

Como uma base deve ser suficientemente estável como para não se torcer ou fraquejar baixo a ação do peso sobrecarregado. Esta estabilidade e aportada pela estrutura óssea do pé, conformada e sustentada pelos ligamentos.

Os ossos se encontram dispostos, em sentido antero-posterior, em uma formação arqueada que e mais alta do lado interno que do externo. O peso esta assim distribuído sobre os pilares anterior e posterior do arco, estando integrado o posterior pelo calcâneo e o anterior pelas cabeças dos cinco metatarsianos.

Sobre a cara superior do calcâneo descansa o astrágalo que e a parte mais alta do arco. E qual faz imediatamente por debaixo da tíbia e recebe assim a carga total do corpo. O astrágalo esta colocado mais bem para o lado interno do eixo longitudinal do calcâneo e é sustentado em essa posição pelo chamado "sustentaculum tali".

A cabeça arredondada do astrágalo se articula para frente com o escafóides, imediatamente na frente do qual se tem os três cuneiformes, que a sua vez se articulam com as bases dos três metatarsiano internos.

Esta serie de ossos, o calcâneo, astrágalo, escafóides, cunhas e os três metatarsianos internos, constituem a porção mais interna e elástica e a mais curvada do arco longitudinal do pé. A elasticidade e dada pelas numerosas articulações pequenas que se repartem o suporte do peso do corpo dentro do permitido por seus aparelhos ligamentosos.

O calcâneo ademais de sustentar o astrágalo em sua parte superior, se articula para frente com o cubóides que faz sobre o borde externo do pé em uma posição correspondente, a grandes

rasgos, com a do escafoídes e as cunhas no lado interno, mas a nível mais baixo que a de esses ossos.

A superfície anterior do cubóides se articula com as bases dos metatarsianos quarto e quinto.

O calcâneo, cubóides, e quarto e quinto metatarsianos, constituem a parte mais externa e mais plana do arco longitudinal. Esta tão ligeiramente curvado que o conjunto da borda externa do pé normal queda em contato com o solo, tendo menos articulações, e menos móvel que o lado interno do arco e assim aporta uma zona de suporte estável a superfície de sustento do corpo do pé.

O arco longitudinal, em conjunto e mantido por:

- a) A forma dos ossos.
- b) Os ligamentos, particularmente o calcâneo escafoídes e os ligamentos plantares largo e curto.
- c) A fascia plantar.
- d) Os músculos da perna.

A parte central do arco do pé, a longitudinal, e de por si curvada transversalmente, para ter maior força, e dar proteção às partes brandas e vasos da superfície plantar. Esta concavidade plantar e mais acentuada na região das cunhas e do cubóides, onde às vezes se a denomina "arco transversal do tarso", ainda que não é um arco no sentido de transmitir o peso a nenhum pilar.

A curvatura transversal diminui rapidamente no sentido da longitude dos metatarsianos, ate que desaparece a nível das cabeças dos metatarsianos, todos os quais, durante o repouso do pé, estão em contato com o solo.

O pilar anterior, o metatarso, esta composto por cinco segmentos separados. Os cinco ossos metatarsianos. Estão firmemente articulados ao nível de suas bases, posteriormente aos respectivos cuneiformes e ao cubóides, e transversalmente a seus metatarsianos vizinhos, mas para frente estão, relativamente, em conexão laxa consigo mesmo, tão so mediante inserções ligamentosas.

Esta disposição segmentada dos metatarsianos permite um grau limitado de movimento dorso plantar independente de cada metatarsiano, o que da ao ante pé a flexibilidade necessária para acomodar-se por si mesmo as pressões cambiantes sobre um solo irregular. Ademais aporta um alto grau de absorção dos "shocks" por parte do ante pé.

Na estação do pé, a ação do peso corporal é transmitida para baixo através da tíbia sobre e

para o astrágalo, e desde aqui aos pilares anterior e posterior do arco.

Aproximadamente dos terço deste peso são absorvidos pelo calcâneo e um terço pelas cabeças dos metatarsianos, cada um dos quais, excetuando o primeiro, suporta uma proporção igual.

A cabeça do primeiro metatarsiano toma uma carga dupla em virtude de sua constituição mais robusta e de seus dois sesamoideos, que dão ao primeiro metatarsiano dois pontos de suporte do peso do corpo em contato com o solo.

Em um pé normal, submetido a um suporte do peso do corpo normal e que e distribuído adequadamente, a estrutura arqueada é inerentemente estável. Morton (Morton, D.J. "The human foot) se refere a este como a uma "estabilidade estrutural" e a define como "essa disposição de ossos e ligamentos que faz do pé uma base rígida como uma margem de sustento seguro em todas direções",

Resulta aparente que sendo o resto das coisas igual, um pé largo e gordo será mais estável que um comprido e gracioso.

Os dois pés juntos constituem a base estável acima de qual o corpo esta sustentado reto e equilibrado pela ação dos músculos. Esta ação do equilíbrio doe músculos opostos é reflexa, e se realiza com o mínimo necessário da atividade muscular. A tensão exercida pelos músculos no mantimento da posição levantada é chamada seu "tom postural". Assegura que o centro de gravidade do corpo que este mantido verticalmente dentro da base relativamente pequena aportada pelos pés, ou, ou seja, que o peso do corpo é transmitido verticalmente nos pés, um estado em que Morton tem aplicado o término "da estabilidade postural".

Verá-se que a estabilidade estrutural do pé e a estabilidade postural do corpo produzem um estado de equilíbrio em que o peso corporal é distribuído corretamente através do pé, e o corpo é mantido reto e mesmo equilibrado perto acima do pé por meio do tom postural normal dos músculos. Do ponto da vista de sua ação na manutenção da posição reta, os músculos da perna podem ser classificados em quatro grupos funcionais mias do que em três anatómicos.

Estes grupos são:

1. Extensores:
Extensor longo do dedo do pé gordo.
Extensor comum dos dedos.
2. Flexores:
Grupo profundo: Flexor longo do dedo do pé grande. Flexor comum dos dedos.
Grupo Superficial: Gêmeos. Sóleo.

3. Inversores:
Tibial anterior. Tibial posterior.
4. Eversores:
Perônio lateral longo. Perônio lateral curto.
Perônio anterior.

Na permanência em pé, todos estes músculos estão em um estado do tom postural e agem como as linhas ou os cabos amarrando um mastro, de suas inserções no pé à suas inserções na perna.

Os grupos flexor e extensor (este último ajudado pelo tibial anterior e o perônio anterior) equilibram para adiante e para trás os movimentos da articulação do tornozelo.

Os grupos que inversor e eversor equilibram os movimentos de deslocamento lateral ao nível das articulações subastragalina e mediotarsiana (considerando aqui ao astrágalo como se fora um osso da perna)

Em forma similar cada segmento do corpo está em equilíbrio sobre seu vizinho adjacente, a coxa sobre a perna, a pélvis na coxa, na coluna na pélvis, e a cabeça na coluna. Esta ação dos músculos na manutenção da estabilidade postural tem sido descrita aqui somente no permanência em pé. Não tem que passar por alto, não obstante, que este delicado mecanismo de equilíbrio necessariamente continua funcionando quando se está caminhando ou correndo, claro, sem esquecer o grande aumento da potência que os músculos devem exercer na mobilização do corpo.

O PE COMO UMA ALAVANCA

Ao andar, enquanto continua atuando intermitentemente como uma base, o pé atua também como uma alavanca de segunda ordem, ajudando a fazer a propulsão do corpo para frente.

O peso a ser movido é o do corpo transmitido ao astrágalo; a potência é aplicada mediante músculos da panturrilha atuando sobre o calcâneo a través do tendão de Aquiles; o ponto de apoio está ao nível das cabeças dos metatarsianos. Os dedos também são importantes alavancas secundárias colocando-se em jogo na fase de deslocamento do pé com respeito ao solo durante o passo; a potência é aportada pelo grupo flexor profundo (flexor longo do dedo gordo e flexor longo comum), e o ponto de apoio está a nível da ponta dos dedos.

Devido a seu próprio encurtamento relativo os dedos menores tem escasso ou nenhum papel em esta ação de alavanca secundária, de modo que a missão principal é desempenhada pelo primeiro e segundo dedo, particularmente pelo primeiro. O dedo gordo está bem adaptado para esta missão. Por ter somente uma articulação

inter-falângica com uma capacidade limitada de dorsiflexão e uma superfície plantar bem recheia.

O calcanhar direito e levantado mediante a ação do tendão de Aquiles; os flexores longos pressionam os dedos firmemente à superfície (mas não os flexionam em esse momento) os extensores longos (longo do dedo gordo e longo comum) desde os dedos, e o tibial anterior e perônio anterior desde o ante pé acionam sobre os ossos da perna, fazendo-os oscilar para frente sobre a articulação do tornozelo.

Os flexores (superficial e profundo) continuam sua contração, fazendo levar o peso do corpo para frente sob o ponto de apoio das cabeças dos metatarsianos, primeiro e segundo e do dedo gordo. O calcanhar do pé esquerdo encontra agora o chão, e o peso do corpo é transferido progressivamente ao pé esquerdo até que as cabeças dos metatarsianos encontram o chão e se repete o ciclo.

Tem dois mecanismos musculares importantes a ter em conta nesta atividade:

- Primeiro

A ação do extensor longo atuando sobre os ossos da perna para frente pareceria ser neutralizada pela ação sincrônica do flexor longo ao manter os dedos para baixo.

Mas no momento em que as duas tensões se neutralizam, o flexor acessório que nasce no calcâneo e vai inserir-se no tendão do flexor largo comum dos dedos se faz cargo, e mantém a tensão sob os tendões do flexor longo; e permite assim, que o ventre carnoso deste músculo situado na perna, se relaxe em benefício do seu antagonista.

- Segundo

Quando os extensores longos e os flexores longos estão em retitude mediante a ação dos lumbricais que mantém firme as articulações interfalângicas. A falha da ação dos lumbricais, permite que os flexores e extensores longos ponham aos dedos em "garra".

Na deambulação, a ação do peso do corpo aumentado pelo "momento" do corpo, e transmitida a través da tíbia até o astrágalo. E desde aí posteriormente para o calcâneo, quando este entra em contato com o solo. Aqui é aportada uma certa absorção de "shock" pelo grande acúmulo de tecido fibro-adiposo que cobre a cara plantar do calcâneo.

Para adiante essa ação é difundida a través dos pequenos ossos do tarso, até as cabeças metatarsianas no momento em que contactam com o solo sendo favorecida aqui a absorção do "shock" mediante uma mobilidade controlada das pequenas articulações do arco longitudinal,

e uma separação limitada dos metatarsianos. Quando o peso do corpo recai sobre eles, quando o corpo se inclina ulteriormente para frente, e o calcanhar se separa do corpo, os metatarsianos se vão inclinando mais e mais para frente.

Assim como os metatarsianos externos mais curtos perdem contato com a superfície o peso é suportado somente pelas cabeças dos metatarsianos primeiro e segundo e a superfície plantar do dedo gordo, e é a partir deste pequeno tripóide que dá a força final ao passo para frente.

Interposta entre os pontos ósseos de suporte do peso do corpo e a superfície, está a cobertura plantar carnosa do pé. Ao nível do calcanhar esta composta por um denso acolchoado de tecido fibro-adiposo coberto por uma pele grossa e forte. Imediatamente por diante do calcanhar, devido à concavidade do arco longitudinal interno, somente a borda externa da planta do pé permanece em contato com a superfície de apoio.

Este pode ser meramente um contato da parte carnosa do pé; porém e não necessariamente, um contato com apoio do peso do corpo ainda que a larga base do quinto metatarsiano, pode, no momento participar no sustento do peso corporal, particularmente em um pé de baixo arco calçado com um sapato muito ajustado.

Debaixo das cabeças dos metatarsianos, a cobertura carnosa consiste em fascia plantar e

pele, e esta zona está submetida ao empurre máximo do peso. Verá-se então, por conseguinte, que ainda que uma impressão plantar típica delinea a zona da planta em contato com a superfície, o efeito do peso do corpo não é distribuído uniformemente sobre o conjunto desta zona senão que é concentrado sobre os pontos de apoio ósseos nominalmente, o calcanhar, as cabeças dos metatarsianos, o dedo gordo, e em extensão variável sobre a borda externa da planta e pontas dos dedos externos.

Posto que o mecanismo da alavanca do pé humano tem por objetivo a mobilização do corpo para frente, resultara aparente que funcionara mais eficientemente quando o pé está orientado diretamente para frente ou, em outras palavras, quando o empurre para baixo do corpo é transmitido para frente no mesmo plano vertical antero-posterior, o pé que não suporta o peso do corpo pode ser rodeado em torno às articulações subastragalina e mediotarsiana uns 20 a 25 graus para dentro ou para fora, pelos músculos inversores ou eversores respectivamente. Se tal função fosse permitida durante a deambulação (a rotação) a ação do peso do corpo estaria excessivamente concentrada sobre uma ou outra borda do pé.

Consequentemente e necessário para o mais eficiente funcionamento do pé como alavanca,

CADEIRAS GENNARO FERRANTE Ltda.
Independencia 661 - Cep: 01524-001 - Cambuci - São Paulo - SP
Grande São Paulo Tel: 6163-7815 / Demais Regiões DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

que seja controlado durante a deambulação em uma alinhção correta da perna, isto é, no mesmo plano vertical anteroposterior que a perna. Em esta correta alinhção do pé com a perna o eixo de alavanca do pé é paralelo com o eixo de progresso do corpo.

Esta ação de tais grupos musculares no controle da alinhção do pé com a perna durante a deambulação, se complementa com sua ação como equilibradores da perna por acima do pé durante a estao ereta.

Verá-se que os músculos da perna e pé cumprem assim três ações separadas, mas relacionadas:

Primeiro

Atuam na estao em pé como equilibradores da perna acima do pé.

Segundo

Atuam como mobilizadores iniciais do corpo propulsionando ele ao longo, ponto por ponto, na locomoção.

Terceiro

Controlam a alinhção do pé em relação com a perna ao caminhar do modo que a ação do peso corporal esta dirigindo para frente através dos canais ósseos do pé, ate os pontos de apoio de suporte do peso do corpo.

A energia consumida pelos músculos na mobilização do corpo para frente, e obviamente muito maior que a gastada no simples mantimento do mesmo equilibrado sobre os pés, a tensão dos músculos, atuando como iniciadores do movimento, se designa como seu "tom contratural" que é varias vezes mais poderoso que seu tom postural.

A diferença da ação reflexa do tom postural, a ação propulsiva dos músculos atuando como tom contratural, e uma ação consciente e voluntária.

TIPOS DE PE

Ai uma considerável variabilidade de estruturas de pés dentro do normal e fisiológico, se observam variações de tamanho entre o pé curto e largo, e o que é cumprido e estreito, entre o de arco alto e o de arco baixo. Comprovam-se variabilidades na elasticidade do arco no caso do pé rígido na que tem pouca ou nenhuma adaptação ao suporte do peso do corpo e o pé hiper-móvel, que cede em grau tal que pode aparecer mais longo quando suporta o peso do corpo que quando esta descansando.

O pé largo e curto

É estruturalmente mais estável que o longo e estreito e assim geralmente capaz de suportar maiores esforços.

Mais é particularmente vulnerável a compressão sobre os dedos pelo uso do calçado demasiado pontiagudo. Sobre o lado interno, a pressão tem a originar um hallux valgus possivelmente com lesões associadas das unhas, tais como involução e onicofosis, e calos interdigitais. Sobre o lado externo, a compressão pode causar uma superposição do quinto dedo e garra do quarto com a possibilidade de formação de calo externamente sobre o quinto, e sobre o dorso do quarto.

Os helomas interdigitais também são suscetíveis de ocorrer no quarto espaço. Naturalmente e necessário o uso do calçado largo ao nível dos dedos para evitar estas incapacidades.

O pé cumprido e estreito

E mais vulnerável a compressão distal pelo calçado que é demasiado curto, e/ou largo em excesso.

Para este tipo de pé se requerem sapatos de modelo estreito, pois um sapato standard se calça justo, resultara demasiado curto, enquanto que se é suficientemente longo, ficará muito floxo em torno ao calcanhar e sobre o peito do pé permitindo assim que o pé se corra para frente.

Em todos os casos o pé sofrera por impacto dos dedos, contribuindo assim ao desenvolvimento de hallux rigidus, dedos em garra e sobrecarga das cabeças metatarsianas.

O pé de arcada naturalmente acentuada

Requere um ajuste extra no calçado para acomodar-se ao peito do pé alto.

Não tem especiais características exceto em que o aumento da curvatura da arcada longitudinal tem a concentrar o suporte do peso do corpo mais na vizinhança do calcanhar e das cabeças metatarsianas.

Isto, porem, não é de significação, enquanto o suporte do peso do corpo demanda seu agente dentro da capacidade fisiológica destas zonas, mas um suporte de peso excessivo iniciara os sintomas mais facilmente que em um pé normal. Este tipo de pé tem que ser distinguido da variedade patológica do pé cavo em que um arco anormalmente alto esta associado a dedos em garra, fascia plantar tensa, e outros detalhes bem acentuados.

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética
Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO - SUL EM 15/08/2003

Aparelho para Podólogos, Pedicures e Manicures.

- Aparelho Anatômico do Tipo Caneta;
- Motor Ultra-Potente com até 18.200 RPM,
com regulagem para tratamento das Mãos e Pés;
- Fonte bivolt com ajuste para rotações nos sentidos
horário e anti-horário (facilita a retirada de cutículas);
- Acompanha Brocas Diamantadas, e Lixas;

LANÇAMENTO



Mag Pé



Produto com a qualidade Mag Estética

Adquira já o Seu! (11) 6161-7763

O pé de arcada naturalmente baixa

É em todo diferente ao pé normal.

Deve distinguir-se do pé defeituoso que tem chegado a aplanar-se, e em quem o ante pé tem chegado a assumir uma posição abduzida em relação ao retro pé e o pé em conjunto assume uma alinhamento em varo em relação à perna. O pé de arcada naturalmente descendida é um "reto". E tem uma capacidade fisiológica normal.

O pé rígido

Tem menos elasticidade em sua arcada longitudinal que o pé término médio.

Sua capacidade de absorção de esforços esta assim algo diminuída, do que resulta que tem uma maior carga sobre as zonas de suporte de peso corporal. Ai poucos movimentos dentro do mesmo pé ou entre os pontos ósseos de suporte do peso corporal e seu revestimento plantar de partes brandas. A pressão excessiva sobre estes pontos tendera então a produzir helomas mais que durezas.

O pé hiper-móvel

Por outra parte, tem mais elasticidade em sua arcada longitudinal que o pé término médio.

Sua capacidade de absorção de esforços é maior, mas ela é obtida a expensas do alargamento do pé quando sofre a carga do corpo. Por conseguinte, é importante que o calçado seja suficientemente cumprido como para acomodar-se a longitude extra.

Como o calcanhar e mantido imóvel pelo peso sobrecarregado e o lugar de apoio do calcanhar no calçado, a modificação do arco da por resultado um movimento para frente das cabeças metatarsianas, que se inverte em quanto se elimina a ação da carga do corpo.

A extensão em que a pele e os tecidos subcutâneos subjacentes seguem a este movimento das cabeças metatarsianas. Depende do grau de fricção entre a superfície cutânea e a superfície plantar interna do sapato.

Reduzindo a fricção, como quando se usam meias de seda, a pele plantar e as partes brandas irão a deslizar-se para frente junto com as cabeças metatarsianas produzindo-se assim um movimento de deslizamento entre a pele e o calçado.

Se, por outra lado, o grau de fricção entre a superfície cutânea e a superfície plantar interna do calçado é suficiente para evitar movimentos entre eles, a mobilização para frente das cabeças metatarsianas originaria forças de afundamento nos tecidos brandos subcutâneos.

A compressão excessiva sobre as cabeças metatarsianas, em estas circunstancias, irá produzir helomas plantares no primeiro caso e inflamação dos tecidos subcutâneos no segundo, com ou sem formação de helomas, dependendo do grau de compressão da pele plantar quando as cabeças dos metatarsianos se movem para frente sobre ela.

A existência de tipos de pés amplamente diferentes, cada um dos quais podem ser amplamente eficaz, sugere o estabelecimento de qualquer tipo "ideal" ou "normal" como um "standard" para comparações.

Em qualquer pé em especial, uma modificação da forma e contorno pode ser muito bem de significação clinica, indicando uma alteração patológica da estrutura, e por tanto da função; mas as considerações tão só de forma e contorno são inadequadas como "standards" para o assessoramento referido a função do pé em geral.

Assim, um pé em particular que fico "plano" bem pode ser defeituoso mas não todos os pés que se apresentam "planos" devem ser por conseguinte julgados como defeituosos somente em razão de sua forma.

O único critério valido que pode ser geralmente aplicado aos pés é o de sua eficiência funcional em relação as demandas normalmente existentes.

Os pés podem ser considerados como eficazes enquanto podem realizar as atividades normais sem moléstias.

São correspondentemente defeituosos na medida da restrição das atividades normais por sintomas tais como dor e limitação da função.

Pode dizer-se que as funções do pé como base e como alavanca são em certa extensão mutuamente contraditórias, e que a estrutura do pé representa um compromisso entre as qualidades requeridas para cada uma destas funções.

Assim, um pé largo e curto e mais eficaz como base e um longo e estreito mais eficiente como alavanca. Sendo todo o demais igual, o primeiro tipo é mais adequado para as atividades que requerem longas horas de permanência de pé e o segundo para aqueles que necessitam deambular muito tempo.

Porem, qualquer pode ser o tipo de pé. Resulta possível, como em outros órgãos do corpo, aumentar a capacidade fisiológica de um pé saudável mediante exercícios graduais, e capacitar ele assim para as atividades adicionais sem esforços ou sofrimentos.

Mais qualquer pé que em conjunto ou em parte este trabalhando persistentemente em excesso mais para lá dos limites de sua força inerente, desenvolve sintomas de insuficiência.

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



Autor: **Podólogo Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez**

Temos a satisfação de colocar em suas mãos o primeiro livro traduzido para o português deste importante e reconhecido profissional espanhol, e colaborar desta forma com o avanço da podologia que é a arte de cuidar da saúde e da estética dos pés exercida pelo podólogo.

- Podólogo Diplomado em Podologia pela Universidade Complutense de Madri.
- Doutor em Medicina Podiátrica (U.S.A.)
- Podólogo Esportivo da Real Federação Espanhola de Futebol e de mais nove federações nacionais, vinte clubes, associações e escolas esportivas.
- Podólogo colaborador da NBA (liga nacional de basquete de USA).

Autor dos livros:

- Podologia Esportiva - Historia clínica, exploração e características do calçado esportivo - Podologia Esportiva no Futebol
- Exostoses gerais e calcâneo patológico - Podologia Esportiva no Futebol.

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri.

Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

Índice

Introdução - Lesões do pé

- Biomecânica do pé e do tornozelo.
- Natureza das lesões.
- Causa que ocasionam as lesões.
- Calçado esportivo.
- Fatores biomecânicos.

Capítulo 1

- Explorações específicas.
- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

- Exploração dermatológica.
- Lesões dermatológicas.
- Feridas. - Infecção por fungos.
- Infecção por vírus (papilomas).
- Bolhas e flictenas. - Queimaduras.
- Calos e calosidades.

Capítulo 3

- Exploração articular.
- Lesões articulares.
- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

Capítulo 4

- Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.
- Breve recordação dos músculos do pé.
- Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.
- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

Capítulo 5

- Exploração vascular, arterial e venosa.
- Exploração. Métodos de laboratório.
- Lesões vasculares.
- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebitico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

Capítulo 6

- Exploração neurológica.
- Lesões neurológicas.
- Neuroma de Morton. - Ciática.

Capítulo 7

- Exploração dos dedos e das unhas.
- Lesões dos dedos.
- Lesões das unhas.

Capítulo 8

- Exploração da dor.
- Lesões dolorosas do pé.
- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

Capítulo 9

- Exploração óssea.
- Lesões ósseas.
- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

Capítulo 10

- Explorações complementares
- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

Vendas: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

Mag Estética

Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO • SUL EM 15/08/2003

Matrículas Abertas (11) 6161-7763

MICROPIGMENTAÇÃO:

- BÁSICO
- ESPECIALIZAÇÃO I
- ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO ESTÉTICA
- DESPIGMENTAÇÃO

CURSO TÉCNICO ESTETICISTA

Carga Horária: 800 Horas
Duração: 17 meses

CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

Carga Horária: 1200 Horas
Duração: 29 meses

Períodos:

As Segundas-feiras das 08:30 às 16:30 H.

As Terças-feiras das 08:30 às 12:30 H.

Cursos com habilitação profissional • Aprovados pelo MEC.

(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)

CURSOS LIVRES: Cursos individuais ou em grupos, com carga horária variável de acordo com as necessidades do aluno.

- Tatuagem Artística
- Estética Básico Facial
- Estética Básico Corporal
- Depilação c/ Cera
- Depilação Egpola (c/ linha)
- Pedicuro Calista
- Alongamento, Mega Hair e Outras Técnicas
- Manicure e Pedicure
- Maquiagem Social
- Terapia Capilar
- Modelagem e Retirada de Sobrancelhas c/ Pinça
- Tatuagem de linha p/ Sobrancelhas e Corpo
- Unhas de Porcelana
- Unhas de Gel c/ Lâmpada
- Unhas de Silicone
- Unhas de Nova York
- Unhas Artísticas
- Reciclagem de Micropigmentação
- Pedicuro Calista (Aperfeiçoamento)
- Drenagem Linfática Corporal
- Drenagem Linfática Facial
- Massagem Anti-Estresse
- Aromaterapia e Cromoterapia
- Massagem Sensível
- Eletroterapia Corporal e Facial
- Shiatsu Facial e Corporal
- Corte Programado e Estilizado
- Aperfeiçoamento em Química
- Aperfeiçoamento em Penteados
- Isometria Facial e Corporal
- Escova Definitiva
- Cílios Postiços / Permanente e Tintura de Cílios e Sobrancelhas
- Preling
- Reflexologia Podal

Adquira já seus produtos ligando para (11) 6161-7763

- Kit de Polímero
- Kit e Molde de Unhas de Porcelana
- Unhas de Silicone e Nova York



Kit de Tratamento Higienizante



Kit de Tratamento Derruma



Kit de Esmaltes Ponta Dupla



Carimbos



Kit Órtese de Instrumentos para Podologia



AS CAUSAS DE INCAPACIDADES DOS PÉS

As incapacidades dos pés se devem a uma ampla variedade de causas que podem reduzir-se convenientemente a seis grupos, a saber:

- 1- Defeitos de estrutura.
- 2- Defeitos de postura.
- 3- Suporte de excesso de peso.
- 4- Calçado inadequado.
- 5- Efeitos locais de doenças de sistema
- 6- Infecções

1- Defeitos de estrutura

De importância mais imediata são os defeitos menores congênitos e de desenvolvimento dos elementos ósseos que fazem instável o pé e causam uma má distribuição do peso do corpo. O primeiro metatarsiano pode ser indevidamente curto, de modo que resulta mais ou menos incompetente como ponto de descarga do peso corporal.

Este pode ser compensado de alguma maneira, mas usualmente á expensas de sintomas desenvolvidos em alguma outra zona. O primeiro metatarsiano pode também se encontrar em posição de varismo que é uma condição pre-

disponente para hallux valgus em épocas ulteriores.

Pode ocorrer o encurtamento de outros metatarsianos.

Em alguns pés, o "sustentaculum tali" esta mal desenvolvido, de modo que o astrágalo não cumpre totalmente sua medida de suporte sobre o lado interno, e tende assim a inclinar-se para dentro quando recebe acima dele a carga corporal: podem ocorrer varias sinostoses, algumas das quais como a existente entre o calcâneo e escafóides, altera a função por impedir os movimentos articulares. A estabilidade estrutural também pode estar alterada, por laxitude ligamentosa.

Isto e o que se vê nas entorses crônicas do pé, quando a fraqueza dos ligamentos de suporte permite que se deforme o arco de sustento ao suportar o peso do corpo. E também no primeiro metatarsiano hiper-móvel que chega a fazer-se relativamente elevado no momento de carregar o peso corporal permitindo assim que o pé se incline para dentro.

2- Defeitos de postura

Este grupo inclui todos os fatores que resultam de uma má alinhção do pé com respeito à perna



Feet Center Produtos 100% Gel Polímero
Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil



Entrededos de Gel Puro



Tubos Recortáveis



Almofada Interfalângica



Almofada Metatarso Falângica



Anel com Gel



Separador Interdigital



Calcanheira de Gel



Anel Corretivo



Dedal de Gel Puro



Protetor de Joanetes



Atadura Metatarsal

Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.
Email: - feetcenter@hotmail.com

ainda que alguns deles se originam em defeitos estruturais dos ossos da perna.

Isto é devido comumente a hábitos posturais defeituosos e também da marcha, em que o equilíbrio entre grupos musculares opostos se perturba. Mais frequentemente devido à fraqueza do grupo inversor.

Origina-se assim um esforço excessivo sobre a borda interna do pé e do dedo gordo. As alterações na postura do pé também podem dever-se a torção tibial, genu varum e genu valgum.

Também pode ocorrer desequilíbrio entre os grupos musculares extensores e flexor. Isto se reconhece mais prontamente já seja devido a uma tensão indevida do tendão de Aquiles associada à limitação da dorsiflexão ao nível da articulação do tornozelo, o inversamente.

Por indevida laxitude do tendão com dorsiflexão inadequada. A primeira condição leva a produzir um passo em equino com sobrecarga do ante pé, enquanto que a última leva a originar uma marcha abaixada com aplicação do peso excessivo acima dos calcanhars.

3- Suporte de excesso de peso do corpo

Esta é uma das causas mais comuns de incapacidade dos pés. Ocorre mais frequentemente nas ocupações que demandam longas horas de permanência do pé e deambulação e também

em casos de obesidade e gravidez.

Diz-se que ocorre um suporte relativo de excesso de peso do corpo quando os músculos hipotônicos e os ligamentos laxos não têm capacidade de sustentar as demandas, inclusive moderadas, sem sintomas de esforços.

4. Calçado inadequado

Os defeitos do calçado são fatores contribuintes importantes na maioria das desordens dos pés, mas terá que se ter cuidado em não achacar ao calçado todos os defeitos que podem originar as causas de perturbações no pé.

Os defeitos comuns no uso do calçado são:

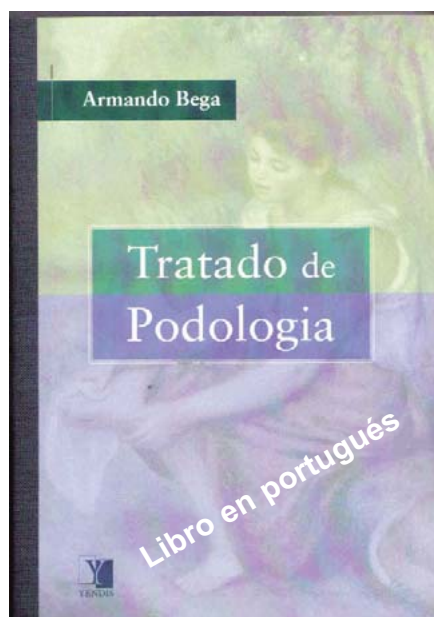
A: Inadequada longitude, causando dedos arredondados na extremidade distal.

B: Sapatos estreitos e pontiagudos, produzindo dedos com câimbras e deformes.

C: Saltos excessivamente altos e estreitos, com grave declive a partir do lugar de colocação dos saltos; o pé está assim sustentado não seguramente e lhe resulta fácil deslizar-se para frente dentro do sapato.

D: sapatos demasiados largos ou que em razão de seu estilo de corte baixo permitem um afianço insuficiente sobre o dorso para sustentar o pé e assegurá-lo em seu deslizamento para frente.

LIVRO do Autor **Podólogo Armando Bega** **TRATADO DE PODOLOGIA**



Uma obra destinada a estudantes da área de saúde, especializados ou que pretendem especializar-se em Podologia, ramo auxiliar da Medicina responsável pela assistência e pelos cuidados com os pés.

Tratado de Podologia traz um vasto material científico para estudo e pesquisa, possibilitando ao leitor aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto e oferecer à população um serviço de melhor qualidade no tocante ao cuidado com os pés.

A obra, repleta de fotos, esquemas e ilustrações, trata de vários temas, com especial atenção às feridas que acometem os pés, seus respectivos medicamentos e curativos. O livro conta também com diversas fotos, esquemas e ilustrações coloridas. Enfim, mais uma obra que pretende contribuir para o desenvolvimento da arte de cuidar da saúde e a estética dos pés.

416 páginas divididas em 21 capítulos abarcando os mais importantes temas podológicos.

Em português.

Vendas: www.shop.mercobeauty.com
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

5. Os efeitos locais das doenças do sistema

O pé pode, direta ou indiretamente ser afetado por muitas afecções da natureza geral, as mais importantes são:

- Alterações vasculares que afetam a circulação dos pés tais como anemia, arteriosclerose, tromboangeíte obliterante, veias varicosas.
- Afeições neurológicas, alterando a sensibilidade e o equilíbrio, e a inervação dos músculos da perna e pé. Tais como poliomielites, tabes dorsal, esclerose disseminada, neurites periférica, paralisés obstétrica.
- Doenças metabólicas, tais como diabetes, obesidade, gota.
- Doenças infecciosas, tais com tuberculose, sífilis, gonorréia.
- Doenças das articulações, tais com artrites reumatóide, osteoartrites.
- Manifestações tóxicas a partir de focos de infecções localizadas em outros lugares do organismo.

6- Infecções

Quando uma infecção bactericida se localiza no pé, geralmente esta associada com alguma lesão

compressiva existente, tal como heloma ou bolsa serosa, porem também podem se apresentar independentemente.

A infecção dos tecidos brandos em torno das unhas da espaço ao desenvolvimento de oniquias e paroníquia, e as vezes se apresenta como uma complicação de uma onicocriptoses.

As infecções micóticas originam diversas formas de onicomioses e epidermofitoses, e a comum verruga é produzida como resultado de uma infecção de vírus.

É conveniente classificar as distintas causas de alterações, como já foi descrito, deve lembrar-se que na grande maioria dos casos as incapacidades dos pés são resultado de uma complexa combinação de causas. Por isto é essencial que seja feito um exame completo em cada caso para estabelecer os fatores etiológicos e assegurar em que grau esta incriminado cada um.

Também, assim como o exame e o diagnóstico demandam um análises dos fatores causais, assim o tratamento requer uma síntese das medidas terapêuticas, destinada não somente a remediar os efeitos, senão também a eliminar na medida do possível as causas da alteração ou pelo menos diminuir os seus efeitos negativos.



POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



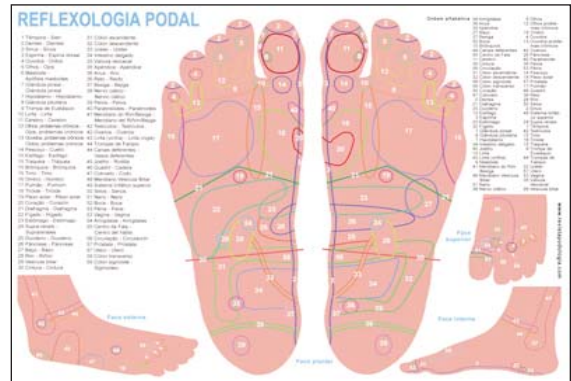
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS